

お子様の問診票

ふりがな 氏名		男 女	生年月日 年 月 日	年齢 歳 ヶ月
住所	〒			電話 携帯
保育園・幼稚園・学校名				電話

1. お子様のご家族の病気（大きな病気，慢性疾患，アレルギー疾患など）について
なし あり （父 母 兄弟 その他）
 （具体的に： _____ ）
2. お子様がお生まれになった前後の様子について
正常 問題あった （具体的に： _____ ）
3. お子様の発育・発達の様子について
順調 問題あり （具体的に： _____ ）
4. 今までにかかった病気にチェックしてください。
突発性発疹 麻疹（はしか） 風しん ぜんそく アトピー性皮膚炎 心臓病
百日咳 みずぼうそう おたふくかぜ その他（ _____ ）
肝炎 髄膜炎・脳炎 ひきつけ
5. 今までに受けた予防接種にチェックしてください。
BCG ポリオ 三種混合（DPT） 風しん（単独） おたふくかぜ みずぼうそう
二種混合（DT） 麻疹風しん混合 麻疹（単独） 日本脳炎 B型肝炎 他（ _____ ）
6. アレルギー体質について（食品，内服薬，注射，予防接種など）
なし あり（具体的に： _____ ）
7. 現在，服用している薬はありますか？
なし あり（具体的に： _____ ）

***** 今回のお子様の状態についてお聞きします *****

体温（ _____ ）℃ 最近の体重（ _____ ）kg

- 1) 今回どのようなことで来院されますか？
発熱 せき たん 鼻水 のどの痛み 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 発疹
その他（ _____ ）
- 2) その症状はいつから始まりましたか？ （ _____ ）
- 3) 水分摂取： 良好（いつも通り） 少なめ ほとんどとれていない
 食欲： あり（いつも通り） あまりない 全くない
 睡眠： 良好（いつも通り） あまり眠れない ほとんど眠れない

<何か伝えたいことがありましたら以下余白にお書きください>

